структуры общества в целях обеспечения её полноценного развития, означает для человека жизнь в гармонии с природой; преодоление проблем отчуждения человека от самого себя, от общества и государства; преодоление одномерности человека.

Список литературы

1. Степин В.С. Наука и лженаука // Науковедение. 2000. № 1. С. 53–61.
2. Синергетика и образование. Хрестоматия. – Ижевск: Изд-во Удмуртского университета, 2001. – 480 с.

Медицинские науки

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОГО СРЕДСТВА «АНАИТ» В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ашотян А.Г.

Медицинский центр «Ашотян», Ереван, Республика Армения

Лечение длительно незаживающих и инфицированных ран является одной из самых сложных и актуальных проблем клинической хирургии. Современные методы лечения являются достаточно эффективными, однако развитие рубцовых изменений приводит к различным косметическим и функциональным нарушениям, ухудшает качество жизни больных.

В течение 10 лет под нашим наблюдением находилось 84 больных с длительно незаживающими и инфицированными ранами различной этиологии, у которых средство «Анаит» применялось как компонент комплексной терапии. Контрольной служила репрезентативная группа больных, которым проводилось общепринятое лечение. Лечение местноинфицированных ран конечностей, развившихся на фоне открытых переломов, остеомиелитов, мягкотканых ранений или послеоперационных нагноений включало у больных обеих групп первичную или вторичную хирургические обработки, метало-, внеочаговый или билокальный остеосинтез в спицевых или стержневых аппаратах, секвестрнекрэктомию, и др.

Запатентованный лечебный препарат «Анаит» изготовлен с использованием растительных масел и лекарственных растений, в виде масляной жидкости и мази, предназначен для наружного применения, Обработка ран и кожных участков с нанесением мази и тампонированием смоченными салфетками производилась 1-2 раза в день.

Обследование больных с инфицированными ранами показало, что при применении лекарственного средства «Анаит» полное вторичное заживление наступало в среднем в течение 12-14 дней. Предложенное средство обладало также противоболевым и противоотечным действием. Кожные рубцы были мягкими, безболезненными и не приводили к серьезным функциональным или косметическим нарушениям. У пациентов контрольной группы сроки заживления составляли 3-4 недели. После заживления в данной группе наблюдались грубые, стягивающие или келоидные рубцы, приводящие к зачастую к развитию контрактур.

Таким образом, применение лечебного средства «Анаит» является эффективным в комплексной терапии длительно незаживающих и инфицированных ран различной этиологии.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Вербицкий И.А.

Краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар, Россия

Хирургическое лечение рака желудка получило очень широкое распространение, учитывая высокий процент полного излечения и более позднее возникновение распространенности заболевания, по сравнению с химиотерапевтическим методом лечения. Для снижения частоты возникновения рецидива заболевания в настоящее время широко применяется гастрэктомия с расширенной лимфодиссекцией в объеме D2 (А.Ф.Черноусов, С.А.Поликарпов, 2005, Gotoda T., M. Sasako, 2001).

Ранее было показано, что по параметрам пробы сердечно-дыхательного синхронизма можно оценить степень восстановления регуляторно-адаптивного статуса организма больных, оперированных по поводу рака желудка (И.А. Вербицкий, 2009). Среди параметров пробы сердечно-дыхательного синхронизма наиболее информативными являются: диапазон синхронизации сердечного и дыхательного ритмов и длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона (В.М. Покровский, 2007). Исходя из

этого в целях интеграции этих двух наиболее информативных параметров сердечно-дыхательного синхронизма В.М. Покровским (В.М. Покровский, 2010) предложено представить их во взаимосвязи посредством индекса регуляторно-адаптивного статуса.

Целью работы явилось выяснение информационной значимости динамики индекса регуляторно-адаптивного статуса в прогнозировании процесса реабилитации больных после гастрэктомии по поводу рака желудка.

Материалы и методы исследования. Наблюдения выполнены на 50 больных раком желудка, которым в краевом онкологическом центре города Краснодара была выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией. Накануне операции и через месяц после нее наряду с клинико-лабораторным и инструментальным обследованием у них был определен регуляторно-адаптивный статус пробой сердечно-дыхательного синхронизма на приборе «ВНС-Микро» посредством системы для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека (В.М. Покровский, В.В. Пономарев, 2009). В качестве параметров взяли: диапазон синхронизации (ДС), длительность ее развития на минимальной границе диапазона (ДлРмин.гр). Рассчитывали предложенный В.М. Покровским индекс регуляторно-адаптивного статуса по формуле: ДС/ ДлРмин.гр х 100. Полученные данные и расчетные величины обрабатывали статистическими методами вариационной статистики.

Полученные результаты и их обсуждение. По динамике параметров сердечно-дыхательного синхронизма, зарегистрированных накануне операции и через 1,5 месяца после нее, больные были распределены на три группы. У больных первой группы (29 человек) диапазон синхронизации увеличивался на 61,8% (с 5,5 ± 0,1 до 8,9 ± 0,1, P<0,001), длительность развития сердечно-дыхательного синхронизма уменьшалась на 25,9% (с 20,1 ± 0,2 до 14,9 ± 0,2, P<0,001), а индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивался на 117,8% (с 27 до 59) и свидетельствовал о хороших регуляторно-адаптивных возможностях этой категории больных. Во второй группе пациентов (13 человек) регуляторно-адаптивный статус через месяц после гастрэктомии не изменялся. На это указывает отсутствие достоверных изменений диапазона синхронизации (с 5,4 ± 0,1 до 5,6 ± 0,1, P>0,05) и длительности ее развития (с 21,9 ± 0,5 до 21,3 ± 0,6, P>0,05). Значение индекса до и после операции (24 и 26) указывало на близкие к низким возможности регуляторно-адаптивного статуса организма. В третьей группе больных (8 человек) диапазон синхронизации через месяц после операции уменьшался на 36,8% (с 5,7 ± 0,1 до 3,6 ± 0,1, P<0,001), а длительность ее развития увеличивалась на 64,5% (с 19,3 ± 0,2 до 30,1 ±0,6, P<0,001). Индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 61,4% (с 29 до 12) и свидетельствовал о низких регуляторно-адаптивных возможностях организма. В последующем у этих больных имело место прогрессирование патологического процесса. Все данные подтверждались клиническими результатами.

Таким образом, на первом месте по информационной значимости среди параметров сердечно-дыхательного синхронизма в прогнозировании реабилитации стоит индекс регуляторно-адаптивного статуса, затем диапазон синхронизации и длительность ее развития. Такая последовательность информационной значимости параметров сердечно-дыхательного синхронизма обусловлена тем, что В.М. Покровским в целях интеграции двух наиболее информативных параметров сердечно-дыхательного синхронизма: диапазона синхронизации и длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона, отражающих регуляторно-адаптивные возможности организма предложено представить их во взаимосвязи, выраженной индексом регуляторно-адаптивного статуса (В.М. Покровский, 2010). По величине индеса В.М. Покровским была предложена градация регуляторно-адаптивного состояния человека, что и послужило выделением этого показателя, в том числе и в нашей работе, как самого информативного.

Представленные факты свидетельствуют о том, что у пациентов, при возрастании регуляторно-адаптивного статуса в процессе реабилитации после хирургического лечения рака желудка, происходит мобилизация защитных сил организма в ближайшем послеоперационном периоде и рецидивы заболевания не возникают. И наоборот, ухудшение регуляции защитных свойств пациентов после оперативного вмешательства, выражается в снижении регуляторно-адаптивного статуса и сопровождается ранним рецидивом онкологического процесса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ

Захаров А.А., Ильина Н.А.

Ульяновский государственный педагогический университет, Ульяновск, Россия

Известно, что слизистая оболочка кишечника является входными воротами для многочисленных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и местом первого контакта с